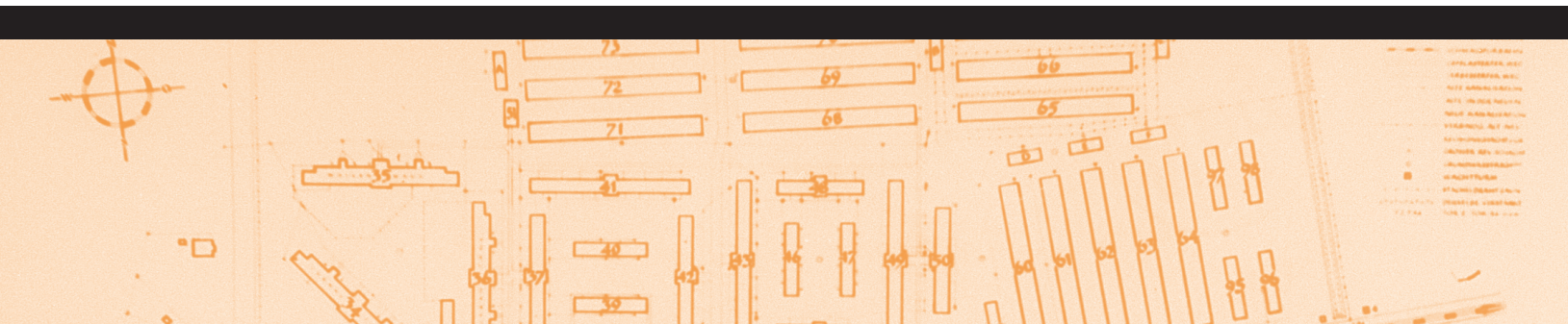


# LE REGISTRE BENJAMIN ET VLADKA MEED

## DES SURVIVANTS DE LA SHOAH

Formulaire d'Inscription



Taxe : 38 francs

N° AS52123

TITULAIRE :

Nom : *Moses*

Prénoms : *Kurt*



UNITED STATES  
MEMORIAL  
HOLOCAUST  
MUSEUM

Le musée reconnaît comme survivant toute personne, juive ou non-juive, qui fut déplacée, persécutée, ou victime d'une discrimination en raison des politiques raciales, religieuses, et ethniques des Nazis et de leurs alliés entre 1933 et 1945. Pour le musée, ce terme comprend non seulement d'anciens détenus des camps de concentration, des ghettos, et des prisons, mais aussi des personnes contraintes de se réfugier ou de vivre cachées. Les noms inscrits dans le Registre ne seront pas oubliés mais conservés dans les archives du musée. Un parent a la possibilité d'inscrire un survivant à titre posthume.

**VEUILLEZ REMPLIR LES RUBRIQUES CI-DESSOUS.**

Nom et prénom du survivant\* \_\_\_\_\_

En cas de décès, prière d'indiquer la date (JJ/MM/AAAA) et le lieu \_\_\_\_\_

Adresse courante \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Nom avant la guerre\* \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille\* \_\_\_\_\_

Autre(s) nom(s) utilisé(s)\* \_\_\_\_\_

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Lieu de naissance (ville et pays)\* \_\_\_\_\_

Autres villes/pays avant la guerre \_\_\_\_\_

Lieux pendant la guerre\* \_\_\_\_\_

*(ghettos, camps, lieux de refuge et cachettes, lieux de transit, et si possible, noms des bateaux)*

Camps de personnes déplacées \_\_\_\_\_

Si vous avez enregistré votre témoignage, veuillez indiquer l'année et pour quelle organisation \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ REMPLIR LES RUBRIQUES CI-DESSOUS CONCERNANT VOTRE ÉPOUSE/ÉPOUX OU D'AUTRES SURVIVANTS DE VOTRE FAMILLE.**

1. Nom\* \_\_\_\_\_

*Parenté avec le survivant qui a rempli ce formulaire*

En cas de décès, prière d'indiquer la date (JJ/MM/AAAA) et le lieu \_\_\_\_\_

Adresse courante \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Nom avant la guerre\* \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille\* \_\_\_\_\_

Autre(s) nom(s) utilisé(s)\* \_\_\_\_\_

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Lieu de naissance (ville et pays)\* \_\_\_\_\_

Autres villes/pays avant la guerre\* \_\_\_\_\_

Lieux pendant la guerre\* \_\_\_\_\_

*(ghettos, camps, lieux de refuge et cachettes, lieux de transit, et si possible, noms des bateaux)*

Camps de personnes déplacées \_\_\_\_\_

Si vous avez enregistré votre témoignage, veuillez indiquer l'année et pour quelle organisation \_\_\_\_\_



## PHOTOGRAPHIES

Notre objectif est de recevoir — dans la mesure du possible — une photographie de chaque survivant. Nous préférons des photographies des années 1930 ou 1940 mais si cela n'est pas possible, toute photographie postérieure à la guerre est acceptée. Puisque nous ne pouvons pas vous rendre les photos, nous vous suggérons de conserver des copies. Veuillez ne pas écrire au dos des photographies. Utilisez la partie ci-dessous pour écrire l'information concernant la (les) photographie (s) que vous donnez. Si nécessaire, vous pouvez utiliser d'autres feuilles de papier. Pour chaque photographie, indiquez autant de détails que possible, y compris les informations suivantes :

Noms, date de la photo (JJ/MM/AAAA), et le lieu \_\_\_\_\_

Photographe (si connu) \_\_\_\_\_

L'histoire de la publication de la photographie \_\_\_\_\_

Nom, adresse, et numéro de téléphone du propriétaire des droits d'auteur (si ce n'est pas le donateur ou le photographe) \_\_\_\_\_

## DONATION DE(S) PHOTOGRAPHIE(S)

En tant que donateur, j'octroie tous les droits concernant la photo (les photos) notée(s) ci-dessous, y compris le copyright, au Musée Mémorial de l'Holocauste des Etats-Unis.

Je comprends que cette photo (ces photos) servira (serviront) à un (des) but(s) éducatif(s) ainsi qu' à la recherche au sein du musée, et j'autorise sa (leur) publication sous toute forme que ce soit (y compris sur Internet) que le musée jugera nécessaire, à moins que j'y apporte des restrictions précises.

Si vous ne voulez pas apporter de restrictions, veuillez écrire ci-dessous « pas de restrictions » ; si vous voulez émettre des restrictions veuillez les noter ci-dessous.

Signature du donateur \_\_\_\_\_ Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Nom en lettres capitales \_\_\_\_\_

Nous vous remercions d'avoir rempli ce formulaire. Si nécessaire, veuillez-en garder une copie. Les survivants qui ont besoin d'aide pour remplir le formulaire peuvent téléphoner au Registre ou nous contacter par e-mail. Des formulaires d'inscription dans d'autres langues se trouvent sur le site Web du Registre des Survivants de la Shoah, [www.ushmm.org/registry](http://www.ushmm.org/registry).

## NOUS VOUS PRIONS DE L'ENVOYER PAR LA POSTE A L'ADRESSE SUIVANTE

### REGISTRY OF HOLOCAUST SURVIVORS

United States Holocaust Memorial Museum  
100 Raoul Wallenberg Place, SW  
Washington, DC 20024-2126, États-Unis  
E-mail [registry@ushmm.org](mailto:registry@ushmm.org)  
Tel 202.488.6130; Fax 202.314.7820  
[ushmm.org/registry](http://ushmm.org/registry)